Zur Aetiologie und Pathogenese des Diabetes insipidus.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximiliáns-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD. MED. BAT. BIBL.

vorgelegt von

Georg Krautwurst

aus

Kattowitz.

WÜRZBURG.

Memminger's Buchdruckerei und Verlagsanstalt

1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät Würzburg.

Referent: Herr **Prof. Dr. Rieger.**

An die Spitze der folgenden Betrachtungen stelle ich folgende vier Krankenbeobachtungen aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg, deren Veröffentlichung mir von Herrn Professor Rieger gütigst gestattet worden ist.

I. Krankengeschichte.

Georg A., Stationsdiener aus Würzburg, geb. 1840. In der psychiatrischen Klinik vom 18. Februar bis 12. Juni 1907.

Diagnose: Paranoia.

Patient ist geboren in Stetten an der Wern, lebt seit 1862 in Würzburg. War auf der Güterexpedition angestellt. Ist dabei schon sehr lange paranoisch, war aber trotzdem früher niemals in die Klinik gebracht worden. Aus der Blutsverwandtschaft kann nichts in Erfahrung gebracht werden, was in Betracht käme. Patient hat normale Kinder und Enkel.

In früheren Jahren hatte er immer gesagt, er sei „magenleidend". Er nährte sich nur von Milch und Suppen, trank, aus hypochondrischen Motiven, seit vielen Jahren keinen Alkohol. Trotz seiner langjährigen Hypochondrie ist er doch erst im Jahre 1904, vierundsechzig Jahre alt, pensioniert worden. Er scheint allerdings einen sehr leichten Dienst gehabt zu haben ohne jede Anforderung an Intelligenz. In früheren Jahren scheint seine Paranoia weiter keine Störungen gemacht zu haben. Im Oktober 1905 aber stach er sich in den Unterleib. Er kam damals in die chirurgische Klinik. In der Krankengeschichte steht: „Er litt längere Zeit an nervösen Beschwerden, die ihn veranlaßten, sich einen Stich in den Unterleib beizubringen." Der Stich war in die Bauchhöhle eingedrungen. In der chirurgischen Klinik heilte die Wunde rasch.

An dem Kopf der dortigen Krankengeschichte steht auch: Diabetes insipidus. Dies ist ein Beweis dafür, daß A. auch schon im Jahre 1905 unsinnig viel Wasser in sich hineingeschüttet hat.

In Bezug auf den Diabetes insipidus steht im Text der Krankengeschichte der chirurgischen Klinik, außer den zwei Worten der Diagnose, nichts weiteres.

In den Tabellen stehen aber folgende Zahlen der Mengen des Urins in 24 Stunden und seines spezifischen Gewichtes:

5400 Kubik-Zentimeter.
6100
5800
3000 (spez. Gewicht 1010)
3100
4000 (spez. Gewicht 1003)
4500
4800
5700
8000
7000
6000
5400
6000
6400
7200
5700
3500
5400
5400
4500
5200
5400
2400
3800
5100
5400
4800
5200

Patient war damals, von Ende Oktober bis Ende Dezember 1905, volle zwei Monate in der chirurgischen Klinik. In der Krankengeschichte steht über seinen psychischen Zustand nichts. Daraus ist die Schlußfolgerung zulässsig, daß er keine Störung verursacht hat. Seit Ende 1905 war er zu Haus in Würzburg. Die Ehefrau desselben berichtet, er habe sich immer gegen den Leib geschlagen und gesagt: er wolle die Insekten, die in seiner Haut seien, totschlagen. Weil er seit Jahren durchaus keinen Alkohol getrunken hat, so kann von alkohologenen Hallucinationen keine Rede sein, sondern es handelt sich um reine endogene Paranoia. Er schnürte sich ferner die Knöchel und Kniee zusammen, damit die Insekten nicht aus den Füßen in den Leib gelangen könnten. In den letzten Tagen fing er wieder an, an sich herumzustechen. Seine Frau brachte ihn deshalb in die Klinik. Sie kennt ihren Mann schon etwa 40 Jahre. Sie hat folgenden Bericht über ihn geschrieben oder schreiben lassen: „Die Krankheit meines Mannes hat 1875 angefangen. Sie fing an durch viel Wasser trinken, 25—30 Liter Tag und Nacht, und viel Urin lassen (einen vollen Eimer) und viel Essen. Er war eine Zeit lang im Juliusspital und als er wieder herauskam, kam er in die Hände anderer Ärzte. Die Ärzte sagten, es sei die Zuckerkrankheit. Dann bekam er Rheumatismus mit Lungenentzündung. Und die jetzige Krankheit hat mit einem Hühnerauge angefangen, und als er es schnitt, kamen 3 Tropfen Blut heraus. Nun kam er in ärztliche Behandlung von Hofrath L., dann bekam er wieder Lungenentzündung und dann Blutstockung und es seien jetzt die Nerven ausgetreten. Und zuvor hatte er 15 Jahre lang schweres Magenleiden, wo er nichts mehr vertragen konnte als Milch und durch Herrn Dr. D. wieder soweit hergestellt wurde, daß er wieder essen und besser arbeiten konnte. Die jetzige Krankheit ist schon 3 Jahre und 6 Monate."

Die Ehefrau berichtet auch: A. habe in den siebziger Jahren in der medizinischen Klinik als große Merkwürdigkeit gegolten. Im Grunde war aber, ab-

gesehen von seiner Paranoia, nichts Merkwürdiges an ihm. Damals war es vermutlich reine Hypochondrie. Und erst in den letzten Jahren scheint der Wahn dazu gekommen zu sein, daß Tiere in seinem Körper „nach Blut suchen". Darüber hat er selbst folgendes geschrieben: „Es zieth im Körber ruhm es sucht nach Blud und da hab ich Schmerzen. Es ist so eine Art wo man Pfisieg nennt. Ich habe mich gebunden mit Stricke, und habe mich geschnürt, es hat alles nichts geholfen."

Aufenthalt in der Klinik vom 18. Februar bis 12. Juni 1907. Pat. ist groß, 173 cm, schwer 80 kg; Quotient 2,2.

Eine etwa 10 cm lange, 3 cm breite Narbe links vom Nabel (siehe die Anamnese), herrührend von dem Messerstich, den der Kranke sich selbst beigebracht hat. Blutunterlaufene Stellen und frische Verletzungen an Rücken, Gesäß und Knieen. Ödematöse Schwellungen an beiden Unterschenkeln. Abgeheilte Unterschenkelgeschwüre beiderseits.

Organe der Brust- und Bauchhöhle ohne nachweisbare krankhafte Veränderungen. Namentlich nichts vorhanden, was auf latente Schrumpfniere schließen lassen könnte. Keine Herzhypertrophie; niemals eine Spur Eiweiß im Urin. Keine stärkere Arteriosklerose der palpablen Arterien. Kein pathologisch hoher Blutdruck. Keine Retinitis albuminurica; Augenhintergrund ganz normal. Keine Residuen abgelaufener Infektion.

Ganz ohne Innervationsstörungen, sowohl im Sinne einer Paralyse wie einer Herderkrankung des Gehirns. Völlig normale Pupillenverhältnisse und Patellarreflexe.

Er ist absolut orientiert, ruhig und besonnen, ohne krankhaften Affekt.

Seine Schulkenntnisse sind sehr mangelhaft: Er schreibt orthographisch sehr schlecht und fehlerhaft. Es ist besonders bemerkenswert, daß jemand Stationsdiener sein kann, der so schlecht schreibt. Lesen und rechnen kann er einigermaßen. Er besitzt einige geographische Kenntnisse. Man kann ihn nicht idiodisch im gewöhnlichen Sinne nennen.

Über die Insekten (siehe Anamnese), die in seinem Körper sein sollen, äußert er sich: „Sie kommen über mich und in mich hinein und peinigen mich jeden Tag; jetzt sind sie auch noch drinnen und wandern in mir herum; zuerst sind sie im Rücken, dann in den Beinen und suchen nach Blut. Ich höre sie und sehe sie, die kleinen Insekten; sie sind in Schalen verborgen, diese fallen zu Boden, platzen auf und die Tierchen kriechen heraus, die einen in meine Ferse, die anderen ins Kreuz und in den Rücken. Alleweil ziehen sie wieder in mich hinein, würgen in mir herum und fressen von mir weg. Ich kann sie nicht fangen, ich wollte sie schon oft totschlagen und habe mich dabei selbst verletzt. Ich glaube, es ist so etwas wie Physik dabei im Spiel. Auch habe ich mich mit Stricken gebunden, um den Tierchen den Eingang in meinen Körper zu verwehren, aber ich bringe sie nicht weg, es ist alles umsonst. Sie wissens noch besser, was das für Tierchen sind, Herr Doktor, wenn Sie dieselben auch nicht sehen; aber ich sehe sie nur zu gut."

Es sei nochmals betont, daß von einer alkoholistischen oder sonstigen toxischen (Cocainismus) Psychose nicht die Rede sein kann. Es handelt sich bei diesen Halluzinationen und Wahnideen um reine endogene Paranoia.

Besonderes Interesse mußte naturgemäß der sogenannte Diabetes insipidus erregen. Denn auch in der Klinik schüttete der Kranke täglich gegen 8 Liter Flüssigkeit (die Zahl schwankt zwischen 6 und 11 Liter) in sich hinein und schied entsprechend viel Urin aus. Der Urin war stets frei von Eiweiß und Zucker und hatte ein sehr niedriges spezifisches Gewicht, stets unter 1010, manchmal nur 1003. Es wurden genaue, täglich geführte Tabellen angelegt über die eingeführte Flüssigkeitsmenge,

die eingeführte feste Nahrung,
die ausgeschiedene Urinmenge,
dessen spezifisches Gewicht,
das Körpergewicht des Kranken,

die Körpertemperatur,
die Lufttemperatur der Umgebung.

Diese Tabellen veranschaulichen sehr gut die enormen Wassermengen, welche der Kranke zu sich nahm und ausschied.

Es ist besonders bemerkenswert, daß zweimal, als der Kranke interkurrent Fieber bekam (Influenza), der Diabetes insipidus sofort sistierte. Also gerade da, wo man erhöhtes Durstgefühl erwartet hätte — bei Fieber —, war das Durstgefühl ein viel geringeres.

Wahrscheinlich sind es hypochondrische oder paranoische Wahngedanken, oder Wahngefühle, welche den Kranken veranlassen, so viel Wasser zu trinken. Doch war aus ihm in dieser Hinsicht keine bestimmte Äußerung herauszubringen.

Im April 1907 waren dann die paranoischen Ideen in der Hauptsache verschwunden. Die Paranoia wurde latent und nur die Hypochondrie blieb übrig.

Proben solcher hypochondrischen Reden sind: „Ich habe am Hühnerauge einen bösen Fuß bekommen, war im Spital. Als ich wieder nach Hause kam, kriegte ich einen dicken Fuß; 100 cm dick. Ich hab im Bett liegen bleiben müssen, dann ist er wieder dünner geworden. Es waren keine Tierchen, es waren die Nerven, die waren ausgetreten. Ich habe als gar keine Ruhe gehabt, wenigstens in der Nacht. An den Füßen ist es als ganz kalt geworden, als wenn so Kügelchen heraushüpften; sie waren aber ganz kalt. Das Blut oder die Nerven, die sind auseinander gegangen und dann habe ich etwas Ruhe gehabt. Dann ist es wieder angegangen. Das nennt man: Physik. So sehr wie früher plagen sie mich nicht mehr. Jetzt habe ich es schon drei Jahre. Jetzt laufts gerad am Ohr und am Kopf, gerade als wenn ein „Pflücklein“ aufging. Das könnte man doch mit Röntgenstrahlen sehen, wenigstens am Rücken.“

Zusammenfassung.

Der Kranke leidet seit mehr als 30 Jahren an Diabetes insipidus. Außer dieser Anomalie traten im

Laufe der Jahre eine Anzahl Beschwerden hervor, die man mit guter Berechtigung als hypochondrische bezeichnen kann. Dann trat in seinem 65. Lebensjahre offenkundige Paranoia auf, weswegen dieser Kranke denn auch mit der Psychiatrie in Berührung kam.

II. Krankengeschichte.

S. X., Referendar, geboren 1870. In der psychiatrischen Klinik:

I. Aufgenommen 14. April 1895 — entlassen 24. April 1895 nach Haus.
II. Aufgenommen 21. Mai 1900 — entlassen 28. Juni 1900 nach Werneck.
III. Aufgenommen 31. August 1905 — entlassen 10. Februar 1906.

Diagnose: Paranoia.

1895. Patient wird von seinem Vater Dr. X. in die Klinik gebracht. Er erzählt in sehr aufgeregter Weise, daß er in einem Zeitungsartikel öffentlich verdächtigt worden sei, mit einem Dienstmädchen auf unnatürliche Weise (per anum) den Beischlaf vollzogen zu haben. Dieser Bericht sei in die Zeitung gebracht worden, damit seinem Vater ein Streich gespielt werde. Sofort müsse die ganze Sache gerichtlich verfolgt werden, damit den Verleumdungen ein Ende bereitet werde. Es sei ganz unerträglich; denn auf dem heutigen Spaziergange hätten die verschiedensten Leute sich über den Vorfall unterhalten und mit Fingern auf ihn und seinen Vater gezeigt.

Nachdem Patient nach vieler Mühe auf sein Zimmer gebracht worden ist und der Vater ihn verlassen hat, beginnt er sogleich wieder mit einer umständlichen Schilderung dieser Erlebnisse. Plötzlich sagt er: „Mir wird auf einmal klar, es ist alles Einbildung gewesen; es hat gar nichts von mir in der Zeitung gestanden; ich habe mich durch Halluzinationen täuschen lassen; so muß einem zu Mute sein, wenn man verrückt wird, wie es mir die letzte Zeit war.“

Dann freut er sich, daß er so schnell wieder gesund geworden sei und bittet sofort nach Hause entlassen zu werden.

Eine Ergänzung der Anamnese durch den Vater war zuerst nicht möglich, weil ihn die Redseligkeit des Sohnes nicht zu Worte kommen ließ.

15. IV. 95. Der Vater gibt an, sein Sohn sei von jeher ein aufgeregter Mensch gewesen, habe schon früher größere Stürme, z. B. einen kurz vor dem juristischen Examen, durchgemacht. Auch soll Patient während seiner Studienzeit und, wie er selbst erzählt, besonders in letzter Zeit viel Bier und Wein getrunken haben.

Hereditäre Belastung: Vetter, Base und Bruder des Vaters sind zeitweise geisteskrank (Aufenthalt in Werneck) gewesen. Die Mutter des Patienten scheint auch, nach der Schilderung des Sohnes, sehr leicht zu Aufregungen geneigt zu sein. Die Großmutter starb in der Klinik im Mai 1900.

Eine leichtere Aufregung, welche den Tag über am Patienten beobachtet worden war, steigerte sich gegen Abend so, daß er in den Wachsaal gebracht werden mußte; sie dauerte bis gegen Mitternacht. Patient glaubte, daß seine Verwandten krank seien oder im Sterben lägen; deshalb wollte er mit Gewalt aus der Klinik fort.

16. IV. 95. Abermalige sehr starke Aufregung. Patient wurde 4 Stunden im Bad gehalten. Er hörte fortwährend die Stimme seines sterbenden Bruders, der ihn flehentlich zu sich rief. Später lief er von einer Tür des Wachsaales zur anderen, guckte durch die Schlüssellöcher und unterhielt sich mit seinen Verwandten, die er sah und deren Stimmen er hörte. Als er sich im Bette befand, sah er überall graue Punkte auf dem Kopfkissen, Schatten an der Wand etc. Anhaltende Unruhe.

18. IV. 95. Zur Anamnese ist nachzutragen, daß Patient eigentlich immer, mit kurzen Pausen, ein starker Trinker gewesen ist. In der letzten Zeit hat er nach eigener Angabe „kolossal gesoffen“. Sein Bierkonsum betrug am Tage vor der Aufnahme in die

Klinik 25 Glas. Der Vater selbst beschönigte das Trinken des Sohnes etwas; er sagt, er habe das gar nicht gewußt.

Tremor war bei der Aufnahme unverkennbar; gestern war Albuminurie vorhanden, der Tremor hat sich bedeutend gesteigert, die Aufregung ist aber vorüber.

24. IV. 95. Einigermaßen beruhigt, aber immer noch in sehr erregtem Zustand vom Vater abgeholt.

2. Aufenthalt: 21. Mai bis 28. August 1900.

War seit 1895 immer sehr starker Trinker gewesen, konnte sich als Rechtsanwalt in einer Stadt der Oberpfalz nicht halten. Sein Examen hat er aber bestanden, und könnte jetzt angestellt werden. Er hat aber als Rechtspraktikant in der letzten Zeit auch wieder fürchterlich getrunken. Der Vater bringt ihn deshalb in die Klinik. Der Sohn protestiert heftig dagegen, fügt sich aber doch der väterlichen Autorität. Nur läßt er sich durchaus nicht untersuchen oder irgendwie behandeln. Er läßt sich auch nicht dazu bewegen, in den Garten zu gehen, sondern er bleibt immer in seinem Zimmer. — Man mußte sich deshalb darauf beschränken, ihn wenigstens die 38 Tage lang, die er in der Klinik zubrachte, völlig alkoholfrei zu halten.

Ob er, neben seinem Alkoholismus, auch noch in weiterem Sinne als geisteskrank zu betrachten ist? darüber ließ sich nichts feststellen, da ein Gespräch mit ihm unmöglich war. Er beschränkte sich immer nur darauf, gegen seine wiederrechtliche Freiheitsberaubung zu protestieren. Briefe, die er verfaßte, waren sehr gewandt geschrieben. Von Wahnideen war nichts darin zu finden. Am Schluß fügte er sich freiwillig dem Wunsche des Vaters, daß er sich nach Werneck verbringen lasse, trotz anfänglich heftigen Protestes, nachdem ihm vorgestellt worden war, daß er doch völlig auf seinen Vater angewiesen sei und sich dessen Willen fügen müsse.

Auffallend war große Unreinlichkeit: Verschmieren von Wäsche und dergleichen, doch nicht in einem

Grade, daß es schon notwendigerweise als Symptom schwerer Geisteskrankheit aufgefaßt werden müßte. Da er, nach den Berichten der Angehörigen, zweifellos von jeher ein sehr unbändiger Mensch gewesen ist, der sich niemals in eine Ordnung gefügt hat, so ist gerade nicht notwendig anzunehmen, daß er in letzter Zeit besonders unreinlich geworden wäre.

3. Aufenthalt in der Klinik vom 31. August 1905 bis 10. Februar 1906. Nach der Entlassung in Werneck 1900 war er in Schloß Marbach, dann längere Zeit ohne Anstaltsbehandlung, zum Teil in München, auch in Neustadt, als Amtsgerichtssekretär tätig. Als solcher ist er März 1904 pensioniert worden. Er hat immer, sobald er in Freiheit war, abnorm viel getrunken. Im Jahre 1905 hielt er sich in München auf, war daselbst zweimal in der psychiatrischen Klinik, dazwischen einmal in einer Schweizer Trinkerheilanstalt, zuletzt im Trinkerasyl Renchen. Seit 5 Tagen ist er, von dort entlassen, in Würzburg.

Schon in München, namentlich aber in Renchen, begann er hypochondrische und Verfolgungswahnideen zu äußern: Er würde verrückt und käme ins Irrenhaus. Die Polizei hole ihn u. dergl.

In den letzten Tagen, als er in Würzburg bei seinen Verwandten war (seit 26. August 1905), zeigte er sehr starken Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen: Die Polizei wolle ihn verhaften, weil er mit einer Zigarre ein Haus habe in Brand stecken wollen. Männer wollten bei Nacht in den Kassaschrank einbrechen. Auf der Straße würde er beobachtet und von Schutzleuten verfolgt. In der Zeitung ständen ungünstige Berichte über ihn. Es wären Männer im Hause versteckt, das Dienstmädchen wäre ein verkleideter Mann u. dergl.

Die Verwandten versichern auf das Bestimmteste, daß er seit $^1/_4$ Jahr keinen Alkohol getrunken haben könne. Beruht diese Behauptung auf Richtigkeit, dann ist auch sie ein Beweis dafür, daß es sich bei dem Kranken offenbar nicht um eine sogenannte Alkoholhalluzinose, sondern um genuine Paranoia handelt.

Am Tage der Aufnahme hier war er schon des Morgens sehr erregt, ging dann in die Wirtshäuser und hat sinnlos viel getrunken. Des Abends wurde er noch erregter, sodaß er schnell in die Klinik gebracht wurde.

Er hat starken foetor alkoholicus, aber keinen Tremor, ferner keine Anzeigen für beginnendes Delirium tremens alkoholicum; auch keine spinalen Innervationsstörungen.

In den fogenden Tagen war er äußerlich ganz ruhig, bestritt alles: Er hätte keinen Verfolgungswahn, hätte niemals Sinnestäuschungen gehabt.

Er ist insofern ein sehr unangenehmer Kranker, als er täglich mit besonderen Wünschen über „Verbesserung seiner Lage" die Ärzte bedrängt. Bemerkenswert ist ferner seine saloppe und stets unsaubere Kleidung.

Als ihm im Garten größere Bewegungsfreiheit gestattet wurde, machte er einen Fluchtversuch und wollte Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft machen wegen seiner ungerechtfertigten Internierung.

Während einiger Tage hatte er dann auch wieder stärkeren Verfolgungswahn: Schutzmänner gingen vor dem Fenster auf und ab; er wäre auf Antrag des Gerichtes in der Klinik, ein Protokoll wäre über ihn aufgenommen, er müsse mehr zahlen als die anderen. Später dissimulierte er auch dies alles wieder.

Dann lag er wochenlang untätig im Bett; als Grund gab er an, es friere ihn.

Er ist einer von jenen sogenannten Diabetes insipidus-Kranken, welche lediglich infolge Hypochondrie oder Paranoia Unmengen von Wasser in sich hineinschütten. Außer den Flüssigkeitsmengen, die er in seiner Beköstigung erhielt (Kaffee, Milch, Suppe, zusammen vielleicht $1\frac{1}{2}$ Liter) trank er 10 bis 12 Liter Wasser täglich. Er behauptete, das unbedingt nötig zu haben; sein Magen verdaue sonst nicht gut, und er bekäme Leibschmerzen. Es war aber dann auffallend leicht, ihm das unsinnige Trinken abzugewöhnen.

In den letzten Wochen des Aufenthaltes hier war die Paranoia mehr latent. Nur hier und da äußerte

er, er würde nur zurückgehalten, damit die Klinik Vorteil aus seinem Aufenthalte ziehen könne.

Am 10. Februar 1906 wurde Patient nach der Trinkerheilanstalt in Mergentheim überführt. 5 kg Gewichtszunahme (Quotient 2,5).

Während früher die Diagnose: ob Alkoholismus? oder endogene Störung? zweifelhaft sein konnte, ist nach der jetzigen Beobachtung die Diagnose mit Bestimmtheit nicht auf Alkoholismus zu stellen, d. h. Folge exogener Vergiftung, sondern auf endogene Störung, nämlich Paranoia verbunden mit beträchtlicher krankhafter Willensschwäche. Von einer geistigen Invalidität, im Sinne eines eingetretenen oder eintretenden Schwachsinnes war nichts zu merken. Alle seine sachlichen Äußerungen, z B. seine juristischen Deductionen waren logisch und scharfsinnig.

Zusammenfassung.

Auch dieser zweite Kranke war zweifellos paranoisch. Bei ihm wurde aber der Diabetes insipidus nicht lange Jahre vor Manifestwerden der Paranoia beobachtet, sondern er trat interkurrent während eines langdauernden Aufregungszustandes auf. Während der erste Kranke sich niemals darüber äußerte, aus welchen Gründen er so viel Wasser in sich hineinschüttete, hat dieser Kranke sich klar hierüber ausgesprochen: Er genoß die sehr großen Flüssigkeitsmengen infolge von hypochondrischen Wahnideen. Während bei dem ersten Kranken der Diabetes insipidus durch keine Therapie, auch durch keine psychische Beeinflussung dauernd beseitigt werden konnte, war es bei dem zweiten Kranken leicht, ihm während des Aufenthaltes in der Klinik alles übermäßige Wassertrinken abzugewöhnen. Es ist aber selbstverständlich nicht ausgeschlossen, daß er sofort nach der Entlassung das übermäßige Trinken wieder aufgenommen hat.

III. Krankengeschichte.

Dorothea W., Metzgermeistersfrau aus Aschaffenburg, geboren 1876. In die psychiatrische Klinik aufgenommen 24. Oktober 1899 — entlassen 27. März 1900.

Diagnose: Melancholie.

Patientin ist seit einigen Monaten melancholisch. Wird von Dr. F. in die Klinik geschickt mit folgendem Schreiben: Pat. leidet seit 4 Monaten an Melancholie mit der hypochondrischen Idee, daß ihr Herz abgestorben sei. In letzter Zeit kamen Gedanken an Suicidium vor, die mich bestimmen, sie in die Klinik zu transferieren. Als Gelegenheitsursache funktionierte der Tod ihres Bruders im verflossenen Frühjahr, sowie Uneinigkeit mit der Stiefmutter. Ein älterer Bruder war vor einiger Zeit gleichfalls in einer Anstalt wegen Praecordialangst, Interesselosigkeit und neurasthenischen Beschwerden, wahrscheinlich leichtere Melancholieform."

Pat. stammt aus Reichelsheim im Odenwald. Früher scheint sie völlig normal gewesen zu sein. Sie ist sehr intelligent, hat gute Schulbildung. Ueber erbliche Veranlagung ist nichts Weiteres in Erfahrung zu bringen, als was oben vom Arzt mitgeteilt ist.

Pupillenverhältnisse normal. Augenhintergrund normal. Dagegen hat sie die Merkwürdigkeiten, die in folgendem Schreiben an den Arzt geschildert sind: „Frau W. hätte an und für sich nichts Besonderes als eine Melancholie mit durchaus günstiger Prognose für vollständige Wiederherstellung nach Ablauf einiger weiterer Monate. Sie hat aber die große Merkwürdigkeit völligen Mangels der Patellarreflexe, so oft und wie immer man sie auch darauf untersucht. Und ferner hat sie den ganz merkwürdigen Durst, der auch jeden Tag in der Klinik vorhanden ist. Der kolossale Wasserkonsum beträgt in 24 Stunden 6—7 Liter; dem entsprechen 24stündige Urinmengen von 8—15 Litern. Dabei war bei täglicher sorgfältiger Untersuchung niemals Zucker im Urin."

„Daß die Patellarreflexe bei Diabetes mellitus zuweilen fehlen, darüber finden sich mannigfache Angaben. Daß aber bei einem Zustand, den man höchstens als Diabetes insipidus bezeichnen könnte, wennn nicht einfach als Polyurie aus nervösen Gründen,

— daß auch dabei die Patellarreflexe fehlen sollen, dies wäre noch schwieriger zu verstehen als beim Diabetes mellitus. Andererseits fehlt aber auch jeder Grund zu der Annahme, die 24jährige Frau könnte deshalb keine Patellarreflexe haben, weil sie an beginnender Tabes oder Paralyse litte. Auch sind in der Beschaffenheit der Kniee absolut keine mechanischen Gründe aufzufinden (Schwellung und Ähnliches), die, wie dies sonst zuweilen der Fall ist, das Fehlen der Patellarreflexe erklären könnten. Ich halte es für das Wahrscheinlichste, daß bei Frau W. die Patellarreflexe von jeher gefehlt haben, und daß ihr Fehlen nur zu betrachten ist als eine angeborene, sehr seltene Eigentümlichkeit. Die Prognose würde, wenn es sich so verhält, dadurch durchaus nicht getrübt. Ich glaube, daß in einigen Monaten die Melancholie soweit gebessert sein wird, daß Frau W. nach Hause zurückkehren kann. Wie sich die Polydipsie entwickeln wird, darüber fehlen mir alle Anhaltspunkte."

Am 14. Dezember 1899 wird dem Ehemann W. folgendes berichtet:

„Unter Bezugnahme auf beil. Brief Ihrer Frau teile ich Ihnen mit, daß der Zustand sich genau in der Weise entwickelt, wie ich es vorausgesagt habe, nämlich in einer sehr langsamen Besserung. Der große Durst hat sogar schon völlig aufgehört. Die Melancholie ist aber im Wesentlichen noch unverändert, wie dies auch gar nicht anders sein kann, der Natur der Krankheit entsprechend. Bis Februar oder März wird es aber möglich sein, daß sie wieder zu Hause ist. Vorderhand würde ich es wegen Selbstmordgefahr noch für unmöglich halten."

Am 28. Dezember 1899 wird dem Arzt folgendes berichtet: „Die Melancholie der Frau W., die doch erst etwa seit Mitte des Sommers datiert, wird wie alle solche Fälle, mindestens dreiviertel bis ein Jahr dauern. Es steht aber zu hoffen, daß der Zustand, etwa von März an ein so gelinder sein wird, daß die Kranke zu Haus wird leben können, während dies jetzt wegen der großen Selbstmordgefahr, noch völlig unmöglich wäre.

Die Polydipsie und Polyurie hat völlig aufgehört; und damit fehlt jedes Symptom abnormen körperlichen Zustandes, der jetzt völlig normal ist. Inbezug auf den Mangel der Patellarreflexe, worüber ich neulich berichtet habe, bleibe ich bei meiner Auffassung, daß dies eine individuelle Sonderbarkeit ist, ohne diagnostische Bedeutung.

Es würde sich also darum handeln, dem Ehemann W. klar zu machen, daß, wenn er seine Frau jetzt nach Hause nehmen würde, sie entweder sich töten würde oder daß sie sofort wieder in eine Anstalt gebracht werden müßte. Gegen das Frühjahr wird aber die Heftigkeit der Erkrankung nachgelassen haben, so daß die Patientin, wenn auch noch nicht völlig genesen, zu Haus wird leben können."

27. März 1905. Heute wurde die Patientin dem Ehemann nach Hause gegeben, nachdem sie in den letzten Wochen heiterer geworden war. Sie hatte den Winter hindurch immer gesagt, sie sei vom Teufel besessen, ewig verloren. Der böse Feind wohne in ihr. Auch wollte sie immer katholisch werden. Zeitweise war sie sehr selbstmordgefährlich. Bei der Entlassung versichert sie, daß sie die Gedanken, vom Teufel besessen zu sein, jetzt durchaus nicht mehr habe. Die Gedanken vom Katholischwerden hat sie aber sicher noch.

Das Austrittsgewicht ist um 11 % höher als das Eintrittsgewicht.

Das völlige Fehlen der Patellarreflexe wird auch bei der Entlassung konstatiert.

Zusammenfassung.

Bei dieser dritten Kranken ist die klinische Diagnose auf Melancholie gestellt worden. Die Kranke ist wesentlich gebessert nach Hause entlassen worden; ob sie dauernd geheilt wird, d. h. ob die Diagnose auf Melancholie die richtige war, entzieht sich der Beurteilung. Wie dem auch sein mag, soviel geht jedenfalls aus der Krankengeschichte hervor, daß sich bei der Kranken zusammen mit der melancholischen Verstimmung starke Polydipsie und Polyurie ein-

stellten. Es geht aber aus der Krankengeschichte nicht hervor, ob die Kranke bestimmte Wahngedanken geäußert hat, welche die unsinnige Wasseraufnahme verständlich machten. Wahrscheinlich ist es gerade bei Melancholie richtiger, anzunehmen, daß nicht sowohl Wahngedanken, als vielmehr Wahngefühle, abnorme Sensationen und dergleichen die Kranken zu vielem Wassertrinken veranlaßten. Denn geringere Grade oder Episoden von gesteigerter Flüssigkeitsaufnahme findet man gerade bei Melancholischen und dann auch bei Maniakalischen nicht eben selten, und zwar ohne daß diese gesteigerte Flüssigkeitsaufnahme durch ein reell begründetes stärkeres Durstgefühl genügend motiviert wäre.

IV. Krankengeschichte.

Peter E. Kaufmann aus K. geb. 1879. In die psychiatrische Klinik aufgen. 21 Juni 1907.

Diagnose: Paranoia.

Kommt aus der Untersuchungshaft, weil er im Gefängnis zu toben anfing. Keine weiteren anamnestischen Angaben.

Aufenthalt in der Klinik vom 21. Juni 1907. Pat. ist von normalen Größen- und Gewichtsverhältnissen. Nimmt aber in der ersten Woche des Aufenthaltes in der Klinik um 6 kg ab, infolge seiner Erregung und ungenügenden Nahrungsaufnahme.

Große Varicocele links. Am Penis, im Sulcus coronarius, eine kleine Narbe. Sonst ohne körperliche Besonderheiten. Innere Organe ohne nachweisbaren pathologischen Befund.

Urin, zeitweise täglich untersucht, stets ohne Eiweiß und Zucker. Sein spezifisches Gewicht ist, wenn der Kranke viel Wasser trinkt, entsprechend sehr niedrig.

Keine Narben, welche den geringsten Verdacht auf Epilepsie rechtfertigen könnten; auch sonst fehlen alle Anhaltspunkte für Epilepsie.

Ohne Innervationsstörungen, ohne Intelligenzdefekte. Patient ist sehr gut begabt; zeitlich, örtlich und über seine Person wohl orientiert. Sowohl progressive Paralyse, wie Delirium tremens alkoholicum können mit aller Sicherheit ausgeschlossen werden. Ebenso läßt sich maniakalische Exaltation, beziehungsweise eine expansive Phase des circulären (manisch-depressiven) Irreseins ausschließen.

In den ersten Tagen seines Aufenthaltes sehr unruhig. Spricht fortgesetzt und singt mit möglichst lauter Stimme. Er hat die Größenidee, ein Heldentenor zu sein und will die Stimme deshalb üben. Außerdem steht er, wenn er singt, zeitweise unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen. Er hört Stimmen, die ihm befehlen zu singen.

Er äußerte sich hierüber einmal: „Das muß ich tun. Mir ist immer, als ob einer den Takt dazu schlägt und mir sagt, was ich tun soll. Ich denke mir, daß jeder Mensch einen anderen hat, der über ihm steht. Das ist so eine Art Posthypnose. Das heißt: was der Betreffende mit mir macht, sobald ich von ihm weg bin".

Gesichtstäuschungen wurden in der Klinik bei ihm nicht bemerkt. Aber im Gefängnis soll er, nach Angabe des betreffenden Gerichtsarztes, auch hieran gelitten haben.

Wird wegen seiner Unruhe und gelegentlichen Neigung zum Kotschmieren viel im Dauerbad gehalten.

Weiterhin war sein psychisches Verhalten ein äußerst wechselndes. Sowie er keine Sinnestäuschungen hatte, war er der ruhigste und ordentlichste Mensch, der ganz vernünftig sprach. Kamen aber Sinnestäuschungen oder überhaupt stärkere paranoische Stürme, dann war er wie umgewandelt, sehr laut und störend, äußerte auch Verfolgungsideen, z. B.: „Ich komme ja doch nicht mehr lebend aus der Klinik heraus."

Verfolgungsideen zeigen sich aber auch manchmal, wenn er äußerlich ganz ruhig ist. Auch in seinem selbstgeschriebenen Lebenslauf, sowie in anderen Aufzeichnungen, die er sämtlich — meist dazu

aufgefordert — in ruhigster Stimmung schrieb, kommen Verfolgungsideen zu Tage.

Zu anderen Zeiten überwiegt das Bestreben, zu dissimulieren. So erklärte er einmal seine Angaben über „Posthypnose“ usw. (siehe oben!) für eingebildetes Zeug. Charakteristischerweise schiebt er die Schuld, daß er solche Gedanken habe bekommen können, auf das Singen.

Er sagt: „Ich glaube, daß alles von der Singerei herkommt. Wenn ich nicht singen würde, dann hätte ich einen klaren Kopf und nicht diese Einbildungen.“

So wechselte sein Zustand immer zwischen Perioden normalsten Verhaltens und solchen starker Erregung.

Er ist vielleicht schon seit langem paranoisch. Wenn man seinen, in ruhigen Stunden vorgebrachten Erzählungen trauen darf, so hat er sich z. B. schon in seinem 16. Lebensjahr sexuell verfolgt geglaubt: Man habe ihn zwingen wollen zum geschlechtlichen Verkehr. Er habe es gemerkt durch die Augen und durch den ganzen Eindruck. Man habe mit schmunzelnder Miene so etwas gesagt, um ihn in die Netze zu locken. —

Auch im Mai 1907 hatte er anscheinend eine stärkere, paranoische Episode, ehe er in das Gefängnis eingeliefert worden war. Er sagt hierüber: „Es war mir, als wollte mich jemand umbringen. Es hat immer so gekracht an der Türe und am Bette.“

Sobald nun in der Klinik seine Paranoia sich etwas stärker äußerte, verlangte er außerordentlich viel zu trinken. Tatsächlich trank er auch 8—10 Liter täglich. Über sein unsinniges Wassertrinken zur Rede gestellt, äußerte er einigemale: „Damit meine Stimme heller wird.“ Anderemale aber gab er keinen Grund für sein Wassertrinken an.

Jedenfalls aber gehört er zu den paranoischen Diabetes-insipidus-Kranken, die aus irgend welchen, bewußten oder unbewußten, Motiven Wasser in sich hineinschütten. Besonders interessant sind in dieser Beziehung die folgenden Aufzeichnungen des Kranken über sein Trinken. Wenn dieselben auf Wahrheit be-

ruhen und keine Produkte paranoischer Erfindung sind, so sind sie ein gutes Beispiel dafür, daß sich eine Paranoia jahrelang nur als harmloser „Diabetes insipidus“ äußern kann, ehe sie sich durch andere Symptome manifestiert.

Die Aufzeichnungen lauten: „Betreffs Trinkerei: Schon von Kindheit an hatte ich eine sehr starke Neigung zum Trinken, und nahm ich daher auch mit jeder Flüssigkeit vorlieb. Im Anfang hing ich sehr an der Milch, wovon ich ganz große Melktöpfe austrank; später wurde mir auch die saure Milch bekannt, von der ich schier bis zum Zerplatzen trinken und mich nur schwer davon trennen konnte. Nachdem mein Vater selbst Viehstand hatte, ließ ich es mir in unbeobachteten Augenblicken nicht nehmen, erfaßte den ersten besten Euterstrichen und spritzte mir die kuhwarme Milch, so lolange das Vieh festhielt, in den Mund und verschluckte dieselbe als Labetrank, denn dies war ein Erwärmungsmittel, wenn es im Herbst draußen auf der Weide (ich hatte ja auch das Vieh meines Vaters gehütet) recht kalt war. Allein in dem Garten meines Vaters war auch eine gute Wasserquelle, welche ich sehr fleißig benützte, und so kam es auch zuweilen vor, daß ich meinen Milchdiebstahl durch das Durcheinandertrinken von Wasser und Milch und das viele Essen von allen möglichen Obstsorten mit unangenehmem Durchfall büßen mußte. Gottlob, daß es nur selten der Fall war. Besonders während der warmen Jahreszeit goß ich sehr viel von dem kühlen Naß die Kehle hinunter, sodaß mein älterer Bruder sich oft darüber, teils froh teils bösartig, aufhielt; allein ich ließ mich nicht beirren und trank in der gewohnten Weise weiter. In späteren Jahren fing mein Vater, außer seinem Gemischtwarengeschäft und seiner Landwirtschaft, auch noch einen Flaschenbierhandel an. Soviel ich mich entsinne, war er der Erste, der dies einführte, d. h. in dortiger Gegend. Das Geschäft florierte ganz vorzüglich. Dies war auch etwas, was ich für meine Mühle ganz gut verwenden konnte, und sprach ich diesem braunen Gesüff, es hatte auch noch andere Farben, fast den

ganzen Tag zu. Und wenn es auch im Kopf sich manchmal bösartig rächte, machte es nichts; meine stets heitere Laune, mein kolossaler Humor und meine kräftige Natur wurden immer wieder bald darüber Herr, sodaß es mir nach ganz kurzer Zeit wieder ein Leichtes war, ein noch viel größeres Quantum nachfolgen zu lassen, sodaß ich mit der Zeit überhaupt nichts mehr dabei dachte und fühlte. Mit besonderer Vorliebe trank ich Bier, Wein etc. direkt mittelst Schlauch vom Faß, und je mehr ich immer auf einen Zug herausholen konnte, desto erhabener fühlte ich mich über die Macht des betreffenden Stoffes. Durch meine Mutter lernte ich auch das Schnapstrinken. Sie trank vorwiegend Likör für ihren kranken Bauch, speziell für die falschen Winde, die sie sehr viel quälten. Derselbe bekam mir sehr gut, und hielt auch ich denselben für unentbehrlich. Nachdem ich nun später das Elternhaus verlassen mußte, entbehrte ich mein Lieblingsgetränk sehr und gewöhnte mich auch schwer an die dortigen Biere, sodaß ich in erster Zeit über furchtbare Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen zu klagen hatte, bis ich nach Erfurt kam. Dort kam der Appetit mit Riesenschritten wieder. In meiner Lehrstelle in Erfurt war ich nie ohne Durst. Dieses Durstgefühl mag auch hauptsächlich durch den vielen Genuß von Delikatessen, sowie alle möglichen Fischarten, gebraten und geräuchert, verstärkt worden sein. Durch einen meiner Kollegen aufmerksam gemacht, sprach ich, mittelst Schlauch, sehr viel dem im Keller lagernden Samosfaß zu, dessen süßer, dickflüssiger Inhalt mir zur Abwechslung ganz besonders mundete. Später folgten ganze Saufgelage, die vielfach die ganze Nacht mich in Anspruch nahmen; dabei vergaß ich auch meines Lieblings, des Gesanges nicht. Mit den Jahren kam ich selbstverständlich mit allen möglichen Personen und somit auch mit den verschiedensten Naturen zusammen; der eine war ein großer Freund vom Trinken, der andere mittelmäßig, der andere trank wenig und wieder andere sehr selten oder gar keine alkoholischen Getränke. Auch in Büchern laß ich manchmal von den schlimmen

Folgen des Trinkens; wenn ich mich auch einige Zeit lang vom Alkohol enthalten konnte, so folgte doch wieder eine Zeit, in der ich um so mehr trank, also das Versäumte wieder einholte. Wenn ich ein gewisses Quantum vertilgt hatte, schwelgte ich größtenteils in einer Fröhlichkeit, die ich nicht in Worte kleiden kann, eine Erhabenheit, eine Wollust, als wollte mir just das Herz zerspringen, als ob mir jeden Augenblick Flügel wachsen, die mich zum Ätherzelt emporschwingen und dort die beste Fluggeschwindigkeit unter den schwierigsten Verhältnissen übertreffen lassen. München ist diejenige Stadt, die mir am meisten ans Herz gewachsen ist; dort gibt es auch ehrliche aufrichtige Bierseelen, und habe ich dort selbst im Trinken auch das Höchste geleistet. Ich entsinne mich, daß ich speziell in der Redoutenzeit mehrere Tage und Nächte hintereinander unaufhörlich soff, dabei mußte ich stets etwas dazwischen essen.

Ein allbekanntes Sprüchwort heißt: Wer nicht liebt Wein, Weib und Gesang, der bleibt ein Narr sein Leben lang. Diese Devise hatte ich schon von meiner Mutter geerbt, sozusagen mit zur Welt gebracht; bin derselben auch treu geblieben. Mag die Menschheit über mich urteilen, wie sie will, ich sage deswegen doch gleich meinem himmlischen Vater: „Jehova“ = Ich bin, der ich bin! — Auch der Ausspruch des unvergeßlichen großen Kaisers Friedrich des Großen: „Lerne leiden ohne zu klagen“, hat bei mir tief und fest gewurzelt. Diejenigen Menschen, die mich in ihrer Gewalt haben, sollen mit mir alles tun, nur nicht schmerzhaft quälen, denn ich habe in der Hauptsache auch nur das Beste meines Nächsten gewollt, wenn es auch manchmal nicht so ging, wie es hätte gehen können. Am meisten kränkt es mich, wenn mein Nächster, resp. speziell derjenige, unter dessen Herrschaft ich stehe, sich gegen mich nicht offen ausspricht und fortwährend um eine Sache rumgeht, wie die Katze um den heißen Brei. Ich glaube weder Optimist noch Pessimist zu sein, aber der Äußerung kann ich mich nicht enthalten, daß ich zur heutigen Menscheit nicht passe; ich hätte schon

hundert Jahre früher auf die Welt kommen sollen. Diese übertriebene Genußsucht, das ganze Tun und Treiben, das jeder ehrlichen und gesunden Basis entbehrt, ekelt mich tatsächlich an. Die große Unzufriedenheit, die Habgier, welche die meisten Menschen der Jetztzeit besitzen, ist unwillkürlich auch schon auf meine Person übergegangen. Das einzige Heilmittel ist für mich die Mutter Natur; die Bewegung in der frischen Luft nimmt alles wieder hinweg; das süße und träumerische Rauschen des Waldes beruhigt mein Gemüt und läßt mich alles wieder vergessen, was die krankhafte Menschheit Böses an mir tut. Denn das muß doch jedermann zugeben, daß unsere heutigen Zustände sehr krankhafte sind und daß mit allen Mitteln gearbeitet werden muß, daß vernünftiger Wandel geschaffen wird. Während man früher mit Vorliebe vom Verflossenen, d. h. von der Vergangenheit erzählte, von Groß- und Urgroßvater, herrscht jetzt eine abscheuliche Erfindungs-Epidemie und zwar in einer Weise, die nichts weniger als mörderisch ist; fast jeder sucht den andern zu unterdrücken, ihn um sein Brot zu bringen, ihn ins Verderben zu stürzen, seinen Nächsten zu morden. Das Ganze wird nurmehr krampfhaft und künstlich hochgehalten. Gibts denn etwas Schöneres und erhabeneres Gefühl als Einigkeit, Zufriedenheit und Gesundheit und als Zeitvertreib ein ruhiges sicheres Arbeiten. Wenn man mir infolge meines übertriebenen Alkoholgenusses die Worte an den Kopf werfen kann: „Des Unmenschlichen Gott ist der Bauch," so kann ich mich doch auch mit der Tatsache rechtfertigen, daß ich mich über die bitterste Notlage stets mit der größten Geduld und Seelenruhe hinwegsetzte, denn ich sagte mir, in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister. Allein mir scheint, als ob unsere heutige Welt verlangt, daß sich jeder so schnell als nur möglich durch das Uebermaß in allem zugrunde richtet, was bei mir zeitweise ein gewisses Phlegma zur Folge hatte, was ich aber immer wieder zu beseitigen wußte. Im Großen und Ganzen muß ich jedoch zugeben, daß sich nur unter furchtbarem Ringen gegen den Strom schwimmen läßt; auch

kann man nicht ungehindert seine eigenen Wege gehen."

Zusammenfassung.

Auch bei diesem Kranken besteht, wie bei den Kranken I und II die Kombination von Paranoia und sogenanntem Diabetes insipidus. Und es dürfte wohl auf keinen Widerspruch stoßen, wenn man auch in diesem Falle die unmäßige Wasseraufnahme als direkte Folge der Paranoia auffaßt. Während der Kranke I sich über den Grund des ungeheuren Wassertrinkens gar nicht geäußert hat, sind bei diesem vierten Kranken, z. Zt. wenigstens, Wahnideen als Ursache des gegenwärtigen Diabetes insipidus anzunehmen, aber nicht solche hypochondrischer Natur wie bei II, sondern Größenideen. Es ist aber zu vermuten, daß dieser Kranke übermäßig Wasser trinkt auch aus Gründen, die ihm selbst nicht bewußt oder nicht klar sind (Wahngefühle), abnorme Sensationen usw), die aber ebenfalls Folgen der Paranoia sind.

Besonders interessant wird diese vierte Krankenbeobachtung durch die eigenen Angaben des Kranken, welcher nach diesen schon seit frühester Jugend an Diabetes insipidus gelitten hätte. Gewiß heißt es auch hier: den Äußerungen und Erzählungen eines Paranoischen mit Mißtrauen und Skepsis zu begegnen. Möglicherweise sind also die Selbstschilderungen des Kranken über seinen Diabetes insipidus aus frühester Jugend paranoische Erfindungen.

Aber andererseits können sie auch auf Wahrheit beruhen. Und sie machen in der Tat einen durchaus glaubwürdigen Eindruck. Wenn sie aber auf Wahrheit beruhen, dann ist diese vierte Krankengeschichte ebenso interessant und wichtig, wie diejenige des ersten Kranken, — wichtig deshalb, weil sie beweist, daß ein sogenannter Diabetes-insipidus-Kranker nach Verlauf vieler Jahre offen paranoisch werden kann, und weil mehr als ein Grund vorliegt, den sogenannten Diabetes insipidus solcher Kranker als nichts anderes aufzufassen, wie als eine durchaus

„partielle“ Äußerung der lebenslänglichen Paranoia (oder Hypochondrie) Daß derartige „partielle“ Äußerungen der Paranoia überhaupt vorkommen können, steht außer Zweifel. Verstehen kann man sie aber nur (soweit ein Verstehen bei Paranoia möglich ist!), wenn man in das Wesen der Paranoia möglichst tief eindringt.

Endlich wurde bei einem Kranken mit Dementia (paranoides) auch längere Zeit hindurch eine erhebliche Steigerung der Flüssigkeitsaufnahme und der Diurese konstatiert, ohne daß dieselbe von dem Kranken, beziehungsweise durch äußere Gründe genügend motiviert gewesen wäre.

Derartige Beispiele werden sich bei speziell hierauf gerichteter Aufmerksamkeit künftighin wohl noch vermehren lassen. Jedenfalls aber scheint es in der Psychiatrie nicht gar zu selten vorzukommen, daß Kranke, sei es episodisch, sei es mehr dauernd, und zwar entweder motiviert durch Wahngedanken, Wahngefühle, Stimmungsanomalieen, — oder scheinbar unmotiviert, Unmengen von Flüssigkeit in sich aufnehmen, sodaß vollkommen das Bild des sogenannten Diabetes insipidus entsteht. Besonders lehrreich ist in dieser Hinsicht die Krankengeschichte des ersten und zweiten Kranken: Beim ersten Kranken bestand die enorme Wasseraufnahme lange Jahre hindurch als einziges Symptom, sodaß man geradezu von einer „partiellen“ Hypochondrie oder hypochondrischen Verrücktheit sprechen könnte. Nach den vielen abnormen Sensationen, welche dieser Kranke nunmehr in seinem Körper fühlte, nachdem endlich die Paranoia manifest geworden war, unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß auch das anfängliche Hineinschütten von Wasser eine Folge der hypochondrischen Paranoia war.

Die Beziehungen zwischen Diabetes insipidus und der Psychiatrie sind von Herrn Prof. Dr. Rieger berührt worden in der Festschrift für Werneck (Jena,

Gustav Fischer 1905 Seite 55). Da diese Ausführungen nicht jedem zugänglich sein werden, zitiere ich diesen Passus wörtlich:

„Es ist mir auch nie gelungen, einen prinzipiellen Unterschied zu finden zwischen dem, was die innere Medizin als Diabetes insipidus bezeichnet, und der Dipsomanie. Ich kann nur diesen, rein zeitlichen, Unterschied finden: daß die Dipsomanie eine Abnormität ist von zeitlicher Periodizität; der sogenannte Diabetes insipidus aber in der Regel ein stationärer Zustand. Ich habe solche Leute nicht zu selten in meiner psychiatrischen Praxis. Sie trinken seit Jahren fünf bis zehn Liter Wasser am Tag und kommen dann auch gelegentlich mit der Psychiatrie in Berührung aus Gründen stärkerer hypochondrischer Wahnideen oder solcher des Verfolgungswahns. Ich habe auch den „Diabetes insipidus" bei ihnen immer betrachtet als ein paranoisches Symptom. Solange sie nur fünf bis zehn Liter Wasser in sich hineinschütten, was weder etwas kostet noch sie berauscht, ist ihr Zustand, selbstverständlicherweise, in sozialer Hinsicht ziemlich indifferent, abgesehen davon, daß etwa Angehörige sich über das unsinnige Hineinschütten von Wasser ärgern, und daß daraus Streit entsteht. Und wenn man überhaupt sie zu Objekten der Pathologie stempeln will, so wird man sie der inneren Medizin und nicht der Psychiatrie zuweisen. Ein krankhafter psychischer Zwang liegt aber in dem Hineinschütten des Wassers geradeso wie in dem Hineinschütten des Alkohols. Und wenn der Zustand seine, mehr partiellen und „monomanischen", Grenzen überschreitet; dann zeigt sich der krankhafte Zwang auch in solchen Symptomen, die man deshalb der Psychiatrie mit Bestimmtheit zuweist, weil sie auch Störungen auf sozialem Gebiet verursachen. Im Prinzip ist aber der Diabetes insipidus eine ebenso reine Geistesstörung wie die Dipsomanie einerseits, der Verfolgungswahn andrerseits. Dabei bleibt es jedoch, bis auf weiteres, für jedermann unbenommen, den Diabetes insipidus überhaupt gar nicht als etwas Krankhaftes sondern nur als eine „Idiosynkrasie" zu be-

trachten, als eine berechtigte Eigentümlichkeit, die so wenig in die Pathologie gehört wie etwa der ähnliche Zustand vieler Menschen, die unmäßig und unsinnig schnupfen, was eine Wüstenei aber keine Krankheit ist und auch keine Krankheit erzeugen kann, weil das Schnupfen sowenig giftig ist als das Wassertrinken."

Es ergibt sich also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, daß jedenfalls ein Teil der Kranken mit sogenanntem Diabetes insipidus in das Gebiet der Psychiatrie gehört. Das unmäßige Trinken und dementsprechend die Polyurie mit dem abnorm niedrigen spezifischen Gewicht des Urins sind aufzufassen als Folgezustände rein psychischer Vorgänge und nicht etwa als Folgen einer neurologischen Erkrankung oder einer primären Anomalie der Nierentätigkeit und dergleichen Die hier vertretene Ansicht ist aber meines Wissens in der Literatur noch niemals ausgesprochen worden.

Während Strümpell, Mering u. A. den Diabetes insipidus bei den Konstitutionskrankheiten besprechen, ist er im Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe[1]) unter die „allgemeinen Neurosen" eingereiht worden, Es geht hieraus hervor, daß auch bezüglich seiner nosologischen Stellung noch keine Einheit unter den Autoren herrscht. Die Klassifizierung des Diabetes insipidus unter die allgemeinen Neurosen kommt der in vorliegender Arbeit vertretenen Ansicht von der Pathogenese des Diabetes insipidus insofern viel näher, als damit die Wichtigkeit des Verhaltens des Nervensystems für Zustandekommen des Diabetes insipidus viel mehr betont wird. Auch deshalb dürfte sich die Einreihung des Diabetes insipidus unter die allgemeinen Neurosen am ehesten rechtfertigen, weil der Begriff „Allgemeine Neurosen" ein außerordentlich unbestimmter Begriff ist, und somit bezüglich der Stellung des Diabetes insipidus durchaus nichts präjudiziert wird; d. h. es wird durch diese Einreihung durchaus keine bindende Erklärung für

[1]) 1. Auflage F. Enke-Stuttgart 1900, Bd. IV. Seite 899.

die nosologische Stellung des Diabetes insipidus abgegeben.

Jolly, welcher die Bearbeitung der allgemeinen Neurosen in dem genannten Handbuch übernommen hat, erwähnt zunächst, daß die Vermehrung der Harnmenge ohne Hinzutritt abnormer Harnbestandteile, aber mit mehr oder weniger starker Zunahme des Wassergehaltes (Polyurie) bei verschiedenen Neurosen vorkommt; am häufigsten bei der Hysterie, etwas seltener bei der Neurasthenie, gelegentlich auch bei Epilepsie und Migräne. Weiterhin kann aber auch die Polyurie als habituelle Erscheinung auftreten, und dann bezeichnen wir sie als Diabetes insipidus. Derselbe kann eine Folge sein von Erkrankung des Zentralnervensystems und zwar kommen namentlich in Betracht Tumoren, Erweichungsherde, syphilitische und traumatische Affektionen. Klinische Erfahrungen wiesen darauf hin, daß das Symptom der Polyurie nur dann eintritt, wenn eine ganz umschriebene Provinz direkt oder indirekt in Mitleidenschaft gezogen ist, und zwar handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine bestimmte Stelle im verlängerten Mark. Auf diese weisen auch die Untersuchungen von Claude Bernard hin, welchem es gelang, durch Stichverletzung einer Stelle am Boden des vierten Ventrikels reine Polyurie zu erzeugen; ebenso wie er bei Reizung einer etwas tiefer gelegenen Stelle Melliturie eintreten sah. Jolly trennt mit vollster Berechtigung die Polyurie bei organischen Gehirnleiden vollständig ab von dem essentiellen, von selbst auftretenden Diabetes insipidus. Er erwähnt von dem letzteren das häufige Auftreten im Jugendalter und das hereditäre, beziehungsweise familiäre Vorkommen. Jolly vermeidet es aber, näher auf die Pathogenese des Diabetes insipidus einzugehen.

Nun ist gewiß für die Auffassung des Diabetes insipidus von Wichtigkeit, daß derselbe nach Ansicht von Jolly, Strümpell, u. A. auch bei Hysterie, Neurasthenie und anderen „Neurosen“ vorkommen kann. Lehrreich in dieser Beziehung ist unter anderem auch

die Veröffentlichung von Linke[1]). Die Schwierigkeit ist nur die, was unter den Begriffen Hysterie und Neurasthenie verstanden werden soll. Denn Hysterie und Neurasthenie sind in vielen Fällen nur Augenblicksdiagnosen, und der weitere Verlauf zeigt, daß man viele Hysterische und Neurasthenische besser mit den Etiketten Paranoia, Hypochondrie oder Schwachsinn belegt. Dementsprechend mehren sich auch gegenwärtig wieder die Stimmen, welche einer allzu weitherzigen Benutzung der Diagnose Hysterie und Neurasthenie entgegentreten[2]). Auch die Kranke von Linke könnte man mit guter Berechtigung paranoisch nennen. Hiermit aber nähert man sich sehr der Auffassung des Diabetes insipidus, wie sie in meiner Arbeit zum Ausdruck gebracht wird.

Ähnliche Ansichten wie in den Lehrbüchern der Medizin finden sich auch in der monographischen Bearbeitung des Diabetes insipidus von Gerhardt[3]). Auch hier wird der Diabetes insipidus bei den Konstitutionskrankheiten aufgeführt.

Diejenige Frage, mit welcher sich fast alle Autoren in erster Linie beschäftigen, lautet: ist die Polyurie oder die Polydipsie das Primäre? Die Mehrzahl der Autoren neigt durchaus der Ansicht zu, daß die Polyurie das Primäre ist. Es soll also primär die Niere, sei es infolge centraler nervöser Einflüsse, oder aus ganz unbekannten Gründen, in so außerordentlicher Weise Urin ausscheiden und dadurch dem Körper Wasser entziehen. Daß dem nun auch wirklich so ist, dafür fehlen wohl aber noch die zwingenden Beweise. Auch in den neuesten Abhandlungen von Strubell[4]) und Meyer[5]) sind keine durchaus beweiskräftigen Gründe für die Annahme einer primären

[1]) Diab. insip. mit gleichzeitiger Retentio urinae spastica bei einem hysterischen Mädchen. Centralblatt für Nervenheilk. u. Psych. 1894 S. 457.

[2]) Reichardt, Leitfaden zur psychiatrischen Klinik 1907, S. 192 ff.

[3]) Nothnagel, spez. Pathologie u. Therapie Wien 1900 VII. Bd., ferner: Die deutsche Klinik VIII. Vorlesung.

[4]) Deutsch. Archiv für klin. Medizin Bd. 62 1899 S. 89.

[5]) ibid. Bd. 83 1905 S. 1.

Nierenanomalie zu finden. Alle die geschilderten Symptome lassen auch eine andere Erklärung zu. Ich vermeide es aber, hierauf näher einzugehen, da die kritische Besprechung der von vielen Autoren veröffentlichten Krankengeschichten von Diabetes insipidus an anderer Stelle geschehen soll.

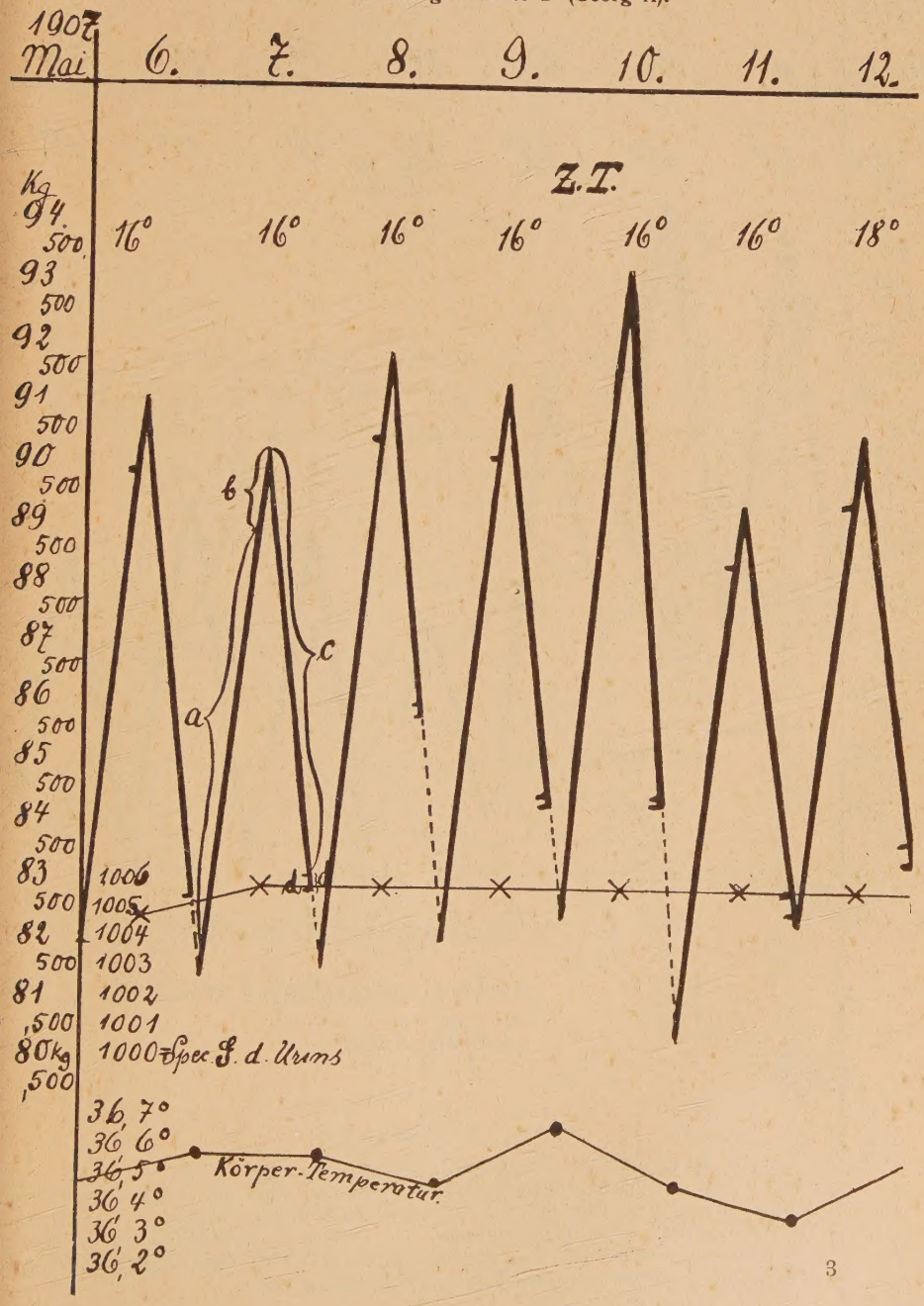
Ich konstatiere aber dieses: daß die große Mehrzahl der Diabetes-insipidus-Kranken Symptome zeigt, die man als hypochondrische bezeichnet. Während man nun vorwiegend der Ansicht ist, daß diese hypochondrischen Erscheinungen Folgen des Diabetes seien, läßt sich aber sehr wohl auch der umgekehrte causale Zusammenhang denken: daß nämlich die Hypochondrie das primäre ist und der sogenannte Diabetes insipidus das sekundäre. Was man Diabetes insipidus nennt, ist, nach der oben zitierten Ansicht Prof. Riegers, keine primäre Nierenanomalie, sondern eine primäre Polydipsie. Und zwar ist diese Polydipsie die Folge eines abnormen psychischen Zustandes (hypochondrischer, paranoischer oder melancholischer Natur), infolgedessen die betreffenden Kranken absolut viel Flüssigkeit in sich hineinschütten müssen, durch bestimmte Wahngedanken, Wahngefühle, Störungen des Gemeingefühls hierzu veranlaßt. Selbstverständlich sind die betreffenden Kranken von der Realität ihrer Wahngedanken und -gefühle felsenfest überzeugt. Und da zudem — wie so oft bei Hypochondrie und Paranoia — die zu Tage tretende Äußerung der krankhaften Störung viele Jahre lang durchaus „partiell" sein kann, machen solche Kranke alles andere als einen psychisch abnormen Eindruck und kommen deshalb auch vielfach gar nicht mit der Psychiatrie in Berührung, — soweit man nämlich ihren psychischen Zustand und den Krankheitsverlauf überhaupt beurteilen kann, denn die meisten Diabetes-insipidus-Kranken werden sich nur Wochen- oder Monatelang in der betreffenden Klinik aufhalten. Und wenn sie dann nach Jahren oder Jahrzehnten auch einmal Objekte der Psychiatrie werden, weil ihre Paranoia sich etwas geräuschvoller äußert, so dürfte dies wohl dem internen Arzte, der sie früher behandelt hat, meist entgehen.

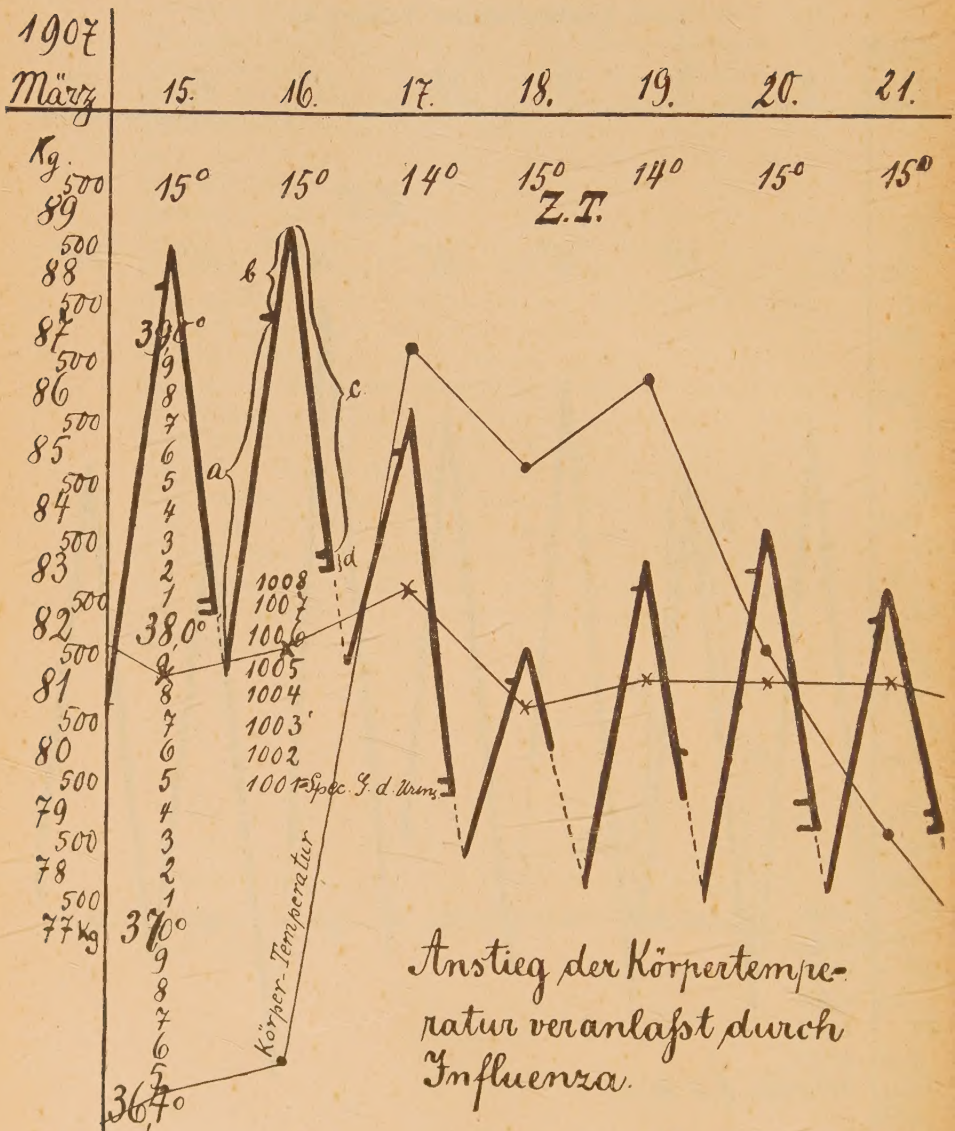
Die Rieger'sche Auffassung vom Wesen des Diabetes insipidus beseitigt mit einem Schlage alle Schwierigkeiten im Krankheitsbilde des Diabetes insipidus, deren Deutung den Autoren soviel Kopfzerbrechen verursacht hat. Gleichzeitig wird damit aber auch dem Diabetes insipidus das Recht abgesprochen, eine Krankheit sui generis zu sein. Er sinkt zum Symptom herab, — einem Symptom, welches sich bei den allerverschiedensten Krankheiten finden kann; nicht nur bei psychischen Anomalien verschiedener Art, sondern auch bei organischen Gehirnerkrankungen.

Ich kann nun selbstverständlich aus Mangel an eigener Erfahrung nicht soweit gehen, daß ich behaupten dürfte: jeder essentielle Diabetes insipidus ist ein Zeichen psychischer Anomalie, und es gäbe, außer nach organischen Gehirnerkrankungen, keine primäre Polyurie. Aber das geht aus den veröffentlichten Krankengeschichten wohl hervor, daß man beim Auftreten des Diabetes insipidus stets auch mit der Möglichkeit der rein psychischen Entstehungsweise desselben rechnen muß; und zwar auch dann, wenn zur Zeit noch keine ersichtliche sonstige psychische Störung vorhanden ist.

Herrn Prof. Dr. Rieger spreche ich für die gütige Überlassung der Krankengeschichten meinen ergebensten Dank aus; ebenso Herrn Privatdozent Dr. Reichardt für die Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit.

Zur I. Krankengeschichte D (Georg A).





Erklärung:

Das Körpergewicht des Kranken wird täglich bestimmt in kg und g. a = Gewicht der zugeführten Flüssigkeit (Wasser, Suppe, Milch etc.), zum Körpergewicht hinzuaddiert. b = Gewicht der aufgenommenen festen Nahrung. c = Gewicht des Urins. d = Gewicht der Faeces. ..... = Gewichtsverlust durch Perspiration etc. ×——× = spez. Gewicht des Urins. ●——● = Körpertemperatur des Patienten. **Z. T.** = Zimmertemperatur.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Georg Krautwurst, wurde am 14. Mai 1880 in Leschnitz (Schlesien) als Sohn des Brauereibesitzers Robert Krautwurst geboren. Den ersten Unterricht genoß er in einer Elementarschule, besuchte dann das Gymnasium in Kattowitz, das er nach 9 Jahren Ostern 1901 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Hierauf widmete er sich dem Studium der Medizin an den Universitäten Greifswald i. Pommern (1 Semester), Berlin (2 S.), Freiburg i. B. (3 S.), Halle (1 S.), Würzburg (4 S.). Nachdem er im Sommersemester 1903 in Freiburg das ärztliche Vorexamen bestanden hatte, genügte er seiner militärischen Dienstpflicht mit der Waffe beim Königin Augusta Garde-Grenadier-Regiment Nr. IV in Berlin. Juni 1907 beendigte er in Würzburg das medizinische Staatsexamen.

Literatur.

1. von Leube, Spezielle Diagnose, Bd. II.
2. Strümpell, Lehrbuch d. spez. Pathologie u. Therapie, II. Bd.
3. von Mering, Innere Medizin.
4. Ebstein u. Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin. 1. Aufl., Encke-Stuttgart 1900, Bd. IV.
5. Zentralblatt für Nervenheilkunde u. Psych. 1894. S. 457.
6. Reichardt, Leitfaden zur psychiatrischen Klinik 1907.
7. Nothnagel, Spez. Pathologie u. Therapie, Wien 1900, VII. Bd.
8. Die deutsche Klinik am Eingange d. 20. Jahrh. Herausg. von Leyden u. Klemperer. VIII. Vorlesung.
9. Deutsches Archiv für klin. Medizin 1899, Bd. 62. S. 89.
10. Deutsch. Archiv. f. klin. Medizin 1905, Bd. 83. S. 1.